

Dental
CERTIFICADO DE CONSULTA MÉDICA

El médico que suscribe certifica que don(ña) *Martina Arenas*
Tomejón RUN: *22. PUL. 327-P* asistió el día *27-11-25*
al Centro de Salud *P.A.C.*

El presente certificado es extendido por el interesado para ser presentado en

Nombre y firma profesional
colegio
Dra. Carla Larragibel C.
15051030-9
CIRUJANO DENTISTA

La Serena: *27.11.25*